

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontologie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdellah - Borne Stage Agglo Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 47 (L.G.) Fax : 05 22 27 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-508003

ADP = 20641

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7075 Société : *neti antei*
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : *neti antei*
 Nom & Prénom : *IBRAHIMI I ELIAM*
 Date de naissance : *01/04/62*
 Adresse : *37 rue fahim N° 225 - el se Mouda a*
 Tél : *0662714016* Total des frais engagés : *Salon C.T.C.*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *11 FEB 2009*
 Nom et prénom du malade : *Professeur Fabien KOSKAS*
 Lien de parenté : *Service de Chirurgie Vasculaire*
 Nature de la maladie : *Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière*
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *47-83 bd de l'hôpital - 75651 Paris cedex 13*
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle : *N° FINESS : 750 100 125*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
SELARL PHARMACIE OKABE C. CIAL OKABE 94 201 71 79 57-77 Avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin Bicetre Tél. : 01.46.58.28.06 pharmacieokabe@orange.fr	27/11/2019 29/11/2019	26,93€ 83,85€

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>24433412</td> <td>21433550</td> </tr> <tr> <td>20070203</td> <td>20030307</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>20060920</td> <td>20020706</td> </tr> <tr> <td>20030411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		24433412	21433550	20070203	20030307	D		20060920	20020706	20030411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	24433412	21433550																
	20070203	20030307																
	D																	
	20060920	20020706																
	20030411	11433553																
	B																	
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médicaments :

Reprise du traitement habituel

Traitement antalgique :

DOLIPRANE 1gr : 1 comprimé toutes les 6 heures,
ZAMUDOL LP 100 mg : 1 comprimé matin et soir si douleurs résistantes
QSP : 15 JOURS

Matériels pour pansement :

Sérum physiologique en dosettes : 1 Flacon
Set à pansement : 1 par pansement
Compresse stériles : 10 par pansement
BETADINE ou BISEPTINE : 3 dosettes par pansement
Ote agrafes : 1 exemplaire
MEPILEX Border E.M. (taille selon cicatrice) : 1 par pansement

Quantité suffisante pour une réfection de pansement tous les deux jours pendant 10 jours, renouvelable jusqu'à cicatrisation complète.

Ceinture de contention abdominale dans les suites d'une laparotomie

Examens d'imagerie :

Faire dans 1 mois une echo-doppler de l'aorte abdominale et des membres inférieurs pour contrôle post opératoire.

Amener les résultats à la consultation

Soins infirmiers :

Matériels pour pansement :

Sérum physiologique en dosettes : 1 Flacon
Set à pansement : 1 par pansement
Compresse stériles : 10 par pansement
BETADINE ou BISEPTINE : 3 dosettes par pansement
Ote agrafes : 1 exemplaire
MEPILEX Border E.M. (taille selon cicatrice) : 1 par pansement

Quantité suffisante pour une réfection de pansement tous les deux jours pendant 10 jours, renouvelable jusqu'à cicatrisation complète.
Ablation des agrafes le 29/11

Professeur Fabien KOSKAS
Service de Chirurgie Vasculaire
Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière
47-83, bd de l'hôpital - 75051 Paris Cedex 13
Hospitalisation : 01 42 17 57 11
Fax : 01 42 17 57 14
N° PRES : 125

Professeur F. KOSKAS

Docteur P. BUELLO

Information aux patients : vous êtes informé(e) que les données à caractère personnel vous concernant, recueillies dans le cadre de la gestion administrative et de votre prise en charge à l'hôpital, peuvent être utilisées à des fins de recherche dans le domaine de la santé, sous la responsabilité de l'AP-HP. Notamment, un Entrepôt de Données de Santé (EDS) a été créé afin de permettre la réalisation de recherches non interventionnelles sur données, d'études de faisabilité des essais cliniques et d'études de pilotage de l'activité hospitalière. Pour plus d'informations relatives à chaque recherche, aux données utilisées, aux destinataires des données, aux durées de conservation des données et aux modalités d'exercice de vos droits, vous pouvez consulter le portail d'information de l'EDS à l'adresse <http://recherche.aphp.fr/eds>. Pour vous opposer à l'utilisation des données vous concernant à des fins de recherche, vous pouvez vous adresser au bureau des usagers ou directeur de l'hôpital où vous avez été pris en charge ou remplir le formulaire d'opposition électronique disponible à l'adresse <http://recherche.aphp.fr/eds/droit-opposition>.

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom GHAMIRI Mostafa
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance 2 1 0 9 1 9 5 5 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

8 RUE DESCLUZE 94270 LE KREMLIN BICETRE

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE KIV

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

SELARL PHARMACIE OKABE
57 AVENUE DE FONTAINEBLEAU

94270 LE KREMLIN BICETRE

94270 LE KREMLIN BICETRE

Tél 0146582806

=> 94 2 01648 6 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom KOSKAS Fabien
identifiant 10000338656raison sociale HOPITAL PITIE-SA
n° de la structure
(AM, FINESSE ou SIRET) 750100125

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 26/11/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "de"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref. LPP
8	1,16	9,28	PH7		3400935955838	
8	1,02	8,16	HD7			
1	5,92	5,92	PH7		3400938675214	
1	1,02	1,02	HD7			
1	0,51	0,51	HDR			
1	2,04	2,04	HDE			

Ut Libelle

DOLIPRANE 1000MG CPR

Honor. dispens. HD7

TRAMA BGR LP 100mg Cp

Honor. dispens. HD7

Honor. dispens. HDR

Honor. dispens. HDE

codes à barres

ou codes des étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

2 6 , 9 3

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

GHAMIRI Mostafa

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

21091955 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ADRESSE de L'ASSURE(E)

8 RUE DESCLUZE 94270 LE KREMLIN BICETRE

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE KIV

50 PHARMACIEN

CONVENTIONNE

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

SELARL PHARMACIE OKABE
57 AVENUE DE FONTAINEBLEAU94270 LE KREMLIN BICETRE
94270 LE KREMLIN BICETRE

Tél 0146582806

=> 94 2 01648 6 00 1 10 0 50 n°AM

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

BUSTANY Philippe

identifiant

10000489376

raison sociale

HU PARIS SUD SIT

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

940100043

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

29/11/2019

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "R"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autré

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

JJMM 29112019

AT/MP

numéro

ou

date

JJMM 29112019

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Qte	PU	Mt	Fact	Prest	CIP	Ref. LPP	Ut	Libelle
1	64,89	64,89	PAN		4052199241401	A 1359097	(1)	HYDROTAC COMFORT Pans
1	2,53	2,53	PH4		3400932913282			BISEPTINE S A LOC PUL
1	1,02	1,02	HD4					Honor. dispens. HD4
1	14,90	14,90	PHN		0707387030209			PINCE OTE AGRAFES
1	0,51	0,51	HDR					Honor. dispens. HDR

codes à barres

ou coller les étiquettes de la liste

des produits et prestations

dans l'ordre de la prescription

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

83,85

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

SELARL PHARMACIE OKABE

C CIAL OKABE
94 201 64 86signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

57-77 Avenue de Fontainebleau

94270 Le Kremlin Bicêtre

CLIP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



ZI

CLP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



ZI

CLIP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



21

CLP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



ZI

CLP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



ZI

CLP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



ZI

CLP 03400941631245

Lot CV117

Fab. 06 2019

Exp. 05 2022



INDICATIONS D'UTILISATION : Ce médicament est indiqué en cas de douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses. **Cette présentation est réservée à l'adulte et à l'enfant à partir de 50 kg (à partir d'environ 15 ans) : lire attentivement la notice, rubrique "Posologie".** Pour les enfants ayant un poids inférieur à 50 kg (environ 15 ans), il existe d'autres présentations de paracétamol : demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

Durée de traitement sans avis médical limitée à 5 jours en cas de douleurs et à 3 jours en cas de fièvre.

Attention : chaque comprimé contenant 1 g de paracétamol, ne pas prendre 2 comprimés à la fois. Ne pas dépasser 3 g de paracétamol par jour, soit 3 comprimés par jour, sans avis médical.

Attention : ce médicament contient du paracétamol. Ne pas l'associer avec d'autres médicaments qui en contiennent afin de ne pas dépasser la dose totale maximale quotidienne de paracétamol.

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION : Voie orale. Le comprimé est à avaler tel quel avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits). Lire la notice avant utilisation.

COMPOSITION : Paracétamol 1000 mg (1g) pour un comprimé pelliculé. Voir la notice pour plus d'informations.

MISES EN GARDE SPÉCIALES : Lire attentivement la notice avant utilisation. **TENIR HORS DE LA VUE ET DE LA PORTÉE DES ENFANTS.**

723896

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg
COMPRIMÉ
Pelliculé



Adulte
8 comprimés pelliculés

SANOFI

Médicament non soumis à prescription médicale.

Médicament autorisé n° 34009 4163124 5

sanoï-aventis France

82, avenue Raspail - 94250 Gentilly - France



CONSIGNE POUVANT VARIER LOCALEMENT > WWW.CONSIGNEDETRI.FR
VALABLE UNIQUEMENT POUR LA FRANCE

Doliprane Tabs
Paracétamol

1000mg



21